Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Cykloergometr - poziomy
Nazwa producenta: ……
Nazwa i typ: .....
Rok produkcji: nie wcześniej niż 2021 r.
Ilość: 5 sztuk
Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2021), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1.	rower treningowy o wytrzymałej konstrukcji	Tak	
2.	elektroniczna regulacja trybu oporu	Tak	
3.	Magnetyczny system hamulcowy	Tak	
4.	ilość dostępnych programów – min. 25	Tak, podać	
5.	Urządzenie wyposażone w system zwiększania lub zmniejszania obciążenia, dzięki czemu użytkownik jest zawsze w optymalnej strefie tętna	Tak, podać	
6.	odbiornik pasa HR o zasięgu min. 1 metr	Tak, podać	
7.	Urządzenie wyposażone w system zwiększania lub zmniejszania obciążenia, aby użytkownik wykonał ustawioną moc oporu	Tak, podać	
8.	czytelny panel LCD, który wyświetla m.in. czas, prędkość, dystans, spalone kalorie, puls, tryb oporu, praca serca	Tak, podać	
9.	regulowany fotel,	Tak	
10.	uchwyty z wbudowanym pulsometrem i przyciskami kontrolnymi	Tak	
11.	Urządzenie wyposażone w kółka transportowe	Tak	
12.	Urządzenie wyposażone w system wyrównywania powierzchni	Tak	
13.	Wymiary: dł. max. 180 x szer. Max. 60 x wys. Max. 140 cm	Tak, podać	
14.	Nośność: do 140 kg	Tak, podać	
15.	Źródło zasilania: wbudowany generator	Tak	

Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

Cykloergometr - pionowy
Nazwa producenta: ……
Nazwa i typ: .....
Rok produkcji: nie wcześniej niż 2021 r.
Ilość: 2 sztuki
Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2021), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1.	rower treningowy o wytrzymałej konstrukcji	Tak,	
2.	elektroniczna regulacja trybu oporu	Tak	
3.	Magnetyczny system hamulcowy	Tak	
4.	ilość dostępnych programów – min. 25	Tak, podać	
5.	Urządzenie wyposażone w system zwiększania lub zmniejszania obciążenia, dzięki czemu użytkownik jest zawsze w optymalnej strefie tętna	Tak, podać	
6.	Odbiornik pasa HR o zasięgu min. 1 metr	Tak, podać	
7.	Urządzenie wyposażone w system zwiększania lub zmniejszania obciążenia, aby użytkownik wykonał ustawioną moc oporu	Tak, podać	
8.	czytelny panel LCD, który wyświetla m.in. czas, prędkość, dystans, spalone kalorie, puls, tryb oporu, praca serca	Tak, podać	
9.	Regulowany, ergonomiczny fotel,	Tak	
10.	uchwyty z wbudowanym pulsometrem i przyciskami kontrolnymi	Tak	
11.	Urządzenie wyposażone w kółka transportowe	Tak	
12.	Urządzenie wyposażone w system wyrównywania powierzchni	Tak	
13.	Wymiary max: (W)160 cm x (Sz) 60 cm x (Dł)35 cm	Tak, podać	
14.	Nośność: do 140 kg	Tak, podać	
15.	Źródło zasilania: wbudowany generator	Tak	

Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

Lp.	Warunki serwisu	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1.	W cenie oferty Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia przeglądów przez okres gwarancji w ramach zaoferowanej ceny, liczonych od daty bezusterkowego protokolarnego przekazania sprzętu, przy czym ostatni przegląd powinien odbyć się na miesiąc przed zakończeniem ww. okresu, przeglądy powinny się odbywać zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 24 miesiące	**Tak**	
2.	Wszystkie czynności serwisowe, w tym podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego	**Tak**	
3.	Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok	**Tak**	
4.	Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy	**Tak**	
	Szkolenia		
5.	Instruktaż dla personelu medycznego – min. 5 osób	**Tak**	
6.	Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza.	**Tak**	
7.	Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzenia – jeżeli dotyczy,	**Tak**	
8.	Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	**Tak**	
9.	Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest ze środków Unii Europejskiej, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia	**Tak**	

UWAGI: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie *Parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:
- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB
- PODPISEM ZAUFANYM LUB
- PODPISEM OSOBISTYM